[Sep]arat-Abdruck des Berichts der Ophthalmologischen Gesellschaft
zu Heidelberg. 188[6]

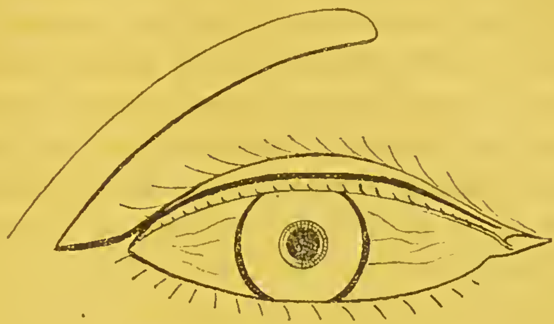
A. Vossius. Zur Operation der Trichiasis.

Meine Herren! Die Thatsache, dass nach den bisherigen Operationsmethoden der Trichiasis so oft Recidive eintreten und die Kranken zu uns von Neuem zur operativen Beseitigung ihres lästigen Leidens zurückkehren, veranlasste Herrn Geheimrath Jacobson, seit vergangenem Jahre ein neues Verfahren in unserer Klinik einzuführen und methodisch üben zu lassen. Er hat dasselbe bereits kurz geschildert und dabei auch erwähnt, dass ich mich zur Transplantation in den Intermarginalschnitt der Lidhaut bediene. Sie gestatten daher, dass ich Ihnen an dieser Stelle mit wenigen Worten meine Operationsmethode erläutere. Die Idee des neuen Verfahrens basirt darauf, die Kraft und falsche Wirkung der Ciliarpartie des meist hypertrophirten Orbicularis auf die Stellung der freien Lidkante mit den Cilien dadurch lahm zu legen, dass man in den intermarginalen Theil zwischen innerer und äusserer Lidkante ein festes Gewebe implantirt, welches die Inversion der Cilien dauernd verhindert. Man drängt auf diese Weise die Wimpern von dem Bulbus ab, so dass sie selbst bei der kräftigsten Action des Orbicularis nicht mehr gegen die Cornea und Conjunctiva gedreht werden können; man bildet den etwa verloren gegangenen Intermarginaltheil neu, ausserdem erhält man die für den Schutz des Auges unentbehrlichen Cilien an ihrer normalen Stelle.

Die Lidhaut ist schon von Schöler in einem Falle von partieller Trichiasis in der Mitte des oberen Lides zur Implantation in den intermarginalen Theil benutzt; bei seiner Operation wurden jedoch die Wimpern auf die äussere Lidhaut versetzt, so dass der kosmetische Effect in Frage kam. Bekanntlich haben französische Autoren (Gayet-Dianoux) nach Anlegung des Intermarginalschnitts und vollständiger Loslösung der äusseren, Cilien tragenden Lidrandlippe, wie sie der ursprünglichen Arlt-schen Methode eigen war, einen schmalen Streifen Lidhaut, welcher aussen und innen mit der Umgebung in Zusammenhang blieb, hinter der äusseren Lidplatte in den Intermarginalschnitt gezogen und hier durch Suturen befestigt. Bei dieser Methode läuft einerseits die äussere Lidrandlippe mit den Cilien, die wir schonen müssen, andererseits der transplantirte Lidhautlappen durch die Zerrung und mangelhafte Blutzufuhr leicht Gefahr, zu gangränesciren.

Erst kurz vor meiner Abreise wurde ich bei der Lectüre der neuesten Auflage des Meyer'schen Handbuchs der Augenheilkunde zufällig auf einen kurzen Artikel Burchardt's in den Charité-Annalen vom Jahre 1882 aufmerksam, in welchem über ein dem meinigen vollständig analoges Verfahren berichtet ist und ein guter Erfolg durch eine ähnliche Operation erzielt wurde bei 2 Kranken, welche vorher den verschiedensten operativen Eingriffen unterworfen worden waren, ohne dass für längere Zeit die Geradestellung der Cilien ermöglicht war. Der Artikel war mir früher völlig unbekannt geblieben. Es freut mich, dass ich auf dem unabhängig von Burchardt betretenen Wege bei einer bedeutend grösseren Zahl von Kranken zu einem gleich guten Resultat gelangt bin, und kann Ihnen die Operation mit gutem Gewissen um so mehr empfehlen, als in Burchardt's Fällen sogar nur $1^1/_2$ mm. breite, sehr lange Lappen per primam in den intermarginalen Spalt eingeheilt sind.

Ich operire, vorausgesetzt dass z. B. eine totale Trichiasis des rechten oberen Augenlides besteht, folgendermassen (s. d. Holzschnitt):



Nachdem die Lidhaut mit Seife und 2 $^0/_0$ Carbollösung gereinigt ist, wird auf einer Jäger'schen Hornplatte, welche der Assistent hält, der intermarginale Schnitt vom äusseren bis zum inneren Augenwinkel bis an den Thränenpunkt gemacht und 3 bis 4 mm. hoch hinauf präparirt, so dass der freie Lidrand in 2 Platten getheilt wird; die vordere enthält die äussere Lidkante mit den Cilien und dem Muskel, die hintere den Tarsus mit den Meibom'schen Drüsen und der angrenzenden Conjunctiva. Dann verlängere ich den intermarginalen Schnitt über die äussere Commissur hinaus in der Richtung der Lidspalte in einer Länge von 5 bis 6 mm. und umschneide von dem Endpunkt dieses Schnitts aus, unter einem Winkel von 30 bis 40 Grad gegen die Lidkante einen zungenförmigen, 4 bis 5 mm. breiten Lappen aus der Haut des oberen Lides, der gerade in die physiologische Falte desselben fällt. Hierauf stosse ich ein schmales, spitzes, scharfes Skalpell an der Basis des Lappens unter der Haut oberflächlich durch und präparire den Lappen, ohne ihn mit einer Pincette oder anderen Instrumenten zu quetschen, während der Assistent die Haut nach der einen, ich nach der entgegengesetzten Seite anspanne, mit kurzen, sägenden Zügen bis an die Spitze von der darunter liegenden Muskulatur ab. Das Manöver gelingt bei einiger Uebung

scharfen Instrumenten und straffer Anspannung der Lidhaut ganz leicht ohne Läsion des Lappens. Nachdem die Blutung gestillt ist, schliesse ich die Wunde in der Lidhaut mit 4 bis 5 Conjunctivalsuturen und befestige dann den Lappen, welcher nur aus der Lidhaut besteht, etwa die Dicke eines Löschblatts hat und sich leicht einrollt, mittelst einer feinen, geraden Irispincette und feinsten Seidensuturen in sehr dünnen, scharfen Nadeln in dem klaffenden intermarginalen Schnitt. Bei der Naht, welche ich für unentbehrlich halte, achte ich strenge darauf, dass die Wundränder genau aneinander liegen und spare deshalb keine Suturen. Im Ganzen gebrauche ich etwa 6 bis 8 Nadeln; 3 bis 4 Suturen sind zur Befestigung des Lappens an der vorderen Platte, ebenso viele zu seiner Fixirung an der hinteren Platte erforderlich, 1 Sutur fixirt die abgerundete Spitze in der medialen Wundecke.

Am unteren Augenlid wird die Operation in derselben Weise wie am obern ausgeführt; bei partieller Trichiasis lege ich den Intermarginalschnitt nur ein wenig weiter an, als die falsche Cilienstellung reicht. Befindet sich die Trichiasis in der medialen Hälfte der Lidkante, so verlängere ich den Schnitt mit Umgehung des Thränenpunkset durch die Haut nach der Nase zu und umschneide den Lappen so, dass seine Basis über dem Lig. canthi internum und er selbst in die physiologische Falte des oberen Lides zu liegen kommt.

Nachdem die Suturen angelegt sind, wird das Operationsterrain mit Jodoform bestäubt und beiderseits ein Druckverband applicirt; über dem operirten Auge wird der Verband nach Sattler permanent feuchtwarm gemacht, indem die Watte mit Borwasser durchtränkt und mit einem Stück Guttaperchapapier bedeckt wird. Die Patienten liegen 4 bis 5 Tage zu Bett; der Verband wird zum ersten Mal nach 48 Stunden, dann täglich gewechselt. Die ersten 4 bis 5 Tage bleibt er doppelseitig, dann nur auf dem operirten Auge. Die Fäden werden am 6. oder

7. Tage entfernt; in dieser Zeit ist der Lappen in der Regel fest eingeheilt und der Verband entbehrlich. Die feste und gute Einheilung dieser dünnen, schmalen Lappen kann uns nicht Wunder nehmen, wenn wir erwägen, dass bei den Reverdin'schen Transplantationen von Hautstückchen ebenso dünne Partikelchen Haut zur Verwendung kommen und anheilen, und dass bei den von Thiersch und Eversbusch empfohlenen Epidermistransplantationen noch viel dünnere Gewebsstreifen auf Wunden aufheilen. Je dünner die Haut ist, desto rascher erfolgt eine innige Ernährung derselben von der unterliegenden Wundfläche und den Wundrändern. Durch die Suturen wird dieselbe, wie es scheint, noch beschleunigt, wenigstens sah ich von hier aus die Röthung des Lappens zuerst eintreten und sich schnell verbreiten. Eine andere gelegentlich zu constatirende Erscheinung ist die Abhebung der Hornschicht nach einigen Tagen. Sie thut der Heilung keinen Abbruch. Der Lappen heilt vielmehr so fest ein, dass seine Abgrenzung gegen die Umgebung schon nach kurzer Zeit absolut unmöglich wird. Er schrumpft dabei nur wenig, jedenfalls so wenig, dass der intermarginale Theil immer noch breiter als normal wird und bleibt.

Die Transplantation gestielter Hautlappen aus dem Lide hat mehrfache Vorzüge; nicht am geringsten anzuschlagen ist der kosmetische Effect. Die Narbe ist absolut unkenntlich, da sie in die physiologische Falte des oberen Lides fällt. Und diesen kosmetischen Rücksichten muss man besonders beim weiblichen Geschlecht Rechnung tragen. Ferner braucht man den Lappen an seiner Basis kaum zu drehen, er legt sich förmlich von selbst in den intermarginalen Theil; daher sind seine Ernährungsbedingungen von vornherein sehr gute. Drittens kann man auf diese Weise durch Beseitigung eines Hautüberschusses gleichzeitig ein etwa vorhandenes Entropium corrigiren. Die Feinheit der Lidhaut ist bei der ziemlich gleichartigen anatomischen Beschaffenheit der Haut des

intermarginalen Theils sehr günstig; trotz seiner Dünnheit setzt dieser Lappen, zumal wenn er noch etwas schrumpft und dadurch fester wird, dem Orbicularis für immer einen solchen Widerstand entgegen, dass die Cilien durch ihn nicht mehr gegen den Bulbus gewendet werden können.

Dass der Effect ein dauernder ist, habe ich durch Untersuchung eines grossen Theils meiner Operirten nach $^1/_2$ Jahr und darüber constatirt. Eine hier am Orte befindliche Patientin, welche infolge ihrer Trichiasis einen hochgradigen Pannus acquirirt hatte und ihrer Beschäftigung in einer Tabacksfabrik nicht mehr nachgehen konnte, hat jetzt nach einem Jahr noch vollkommen normale Cilienstellung und ist nie wieder durch falsche Wimpern belästigt; von der Operation ist gar nichts mehr zu sehen. Andere vor einem Jahr operirte Kranke von auswärts haben sich in letzter Zeit nicht wieder vorgestellt, was ich als ein sicheres Zeichen dafür annehmen kann, dass ein Recidiv nicht mehr eingetreten ist, weil sie vorher bei den nach anderen Methoden ausgeführten Operationen fast mit absoluter Regelmässigkeit schon nach ca. $^1/_4$ bis $^1/_2$ Jahr zurückkehrten, um von einem Recidiv befreit zu werden.

Im Ganzen habe ich bisher 43 Mal nach dieser Methode Trichiasis zu operiren Gelegenheit gehabt. 23 Mal war eine totale, 20 Mal eine partielle Trichiasis vorhanden. 16 Mal bestand eine totale Einwärtskehrung der Wimpern am oberen, 7 Mal am unteren, 9 Mal eine partielle des oberen und 11 Mal des unteren Lides. Unter den Fällen von partieller Trichiasis des oberen Lides befand sich die Anomalie 2 Mal in der medialen Hälfte der Lidkante. Bei 41 Fällen ist eine vollständige Einheilung der Lappen per Primam eingetreten. Bei einer Kranken, welche eine angeborene Facialislähmung des unteren Lides mit Trichiasis hatte, schrumpfte der aus der Lidhaut entnommene, regulär eingeheilte Lappen infolge seiner schlechten Ernährungsverhältnisse bis auf einen so dünnen Streifen ein, dass der

anfangs günstige Effect wieder zurückging. Bei einer alten Patientin mit sehr schlaffer, runzliger Lidhaut heilten beide oberen Lappen gut ein; die unteren Lider wurden wegen partieller Trichiasis operirt. Die Blutung war sehr heftig und liess sich schwer stillen, jeder Stichkanal blutete von Neuem; hier wurde der grösste Theil des Lappens gangränös, nur das basale Drittheil heilte gut ein. Trotzdem war der Effect ein befriedigender; der intermarginale Theil erhielt durch lebhafte Granulationswucherung aus der Tiefe und von der vorderen und hinteren Lidplatte eine normale Breite, so dass die Cilien an ihrer richtigen Stelle blieben. Der kleinste Lappen war 10 mm., der grösste 30 mm. lang.

Erwähnt sei noch, dass ein grosser Theil meiner Fälle in dem Verein für wissenschaftliche Heilkunde im Wintersemester, ein anderer Theil der Operirten im Ostpreussischen Aerzteverein im letzten Sommersemester vorgezeigt und nicht nur wegen der guten Einheilung der Lappen und ihres Erfolges zur Neutralisirung der Trichiasis, sondern auch wegen des kosmetischen Effectes beifällig beurtheilt wurde.